

O-5-11

小児がん患者および小児がん経験者が集う交流会の実施報告

日本赤十字社和歌山医療センター 心療内科部¹⁾、

日本赤十字社和歌山医療センター 小児科部²⁾

○谷口 浩子¹⁾、濱畑 啓悟²⁾、深尾 大輔²⁾、吉田 晃²⁾、西田 慎二¹⁾

【はじめに】 小児がんの治療は多くの場合長期に渡り、治療終了後も晩期合併症と言われる様々な身体症状が現れることがわかっている。また、本来なら学校や地域からの様々な社会的刺激を受けて成長すべき時期に必要な体験が欠如することで、社会的スキルの不足や自尊心の低下などの様々な心理社会的問題を抱える可能性があるとも言われている。当院小児科では、2015年より「CCS (Childhood Cancer Survivors) の集い」という名称で交流会を開催し、同じ体験を乗り越えた仲間同士で闘病体験を振り返ったり、通常の診療では十分に話すことのできない悩みを打ち明けたり、また将来的には自助グループに育っていく可能性のある場として活用できるよう取り組みを行っている。【方法】 夏休み期間の外来受診日に合わせて実施している。対象は小児がんで治療中および、外来フォロー中の患者・家族。【結果と考察】 第1回目の参加者は23名 (11症例：患者9名、家族10名、きょうだい3名。治療中の患者家族1名)。第2回目の参加者は27名 (11症例：患者8名、家族10名、きょうだい3名。治療中の患者3名、家族3名)。実施したアンケートでは、会についての意見は概ねポジティブなものであった。闘病中の患者や家族にとっては、すでに乗り越えた人たちの意見を聞くことで、不安の解消や先行きの見通しに繋がるようであり、また治療を終えた患者や家族にとっても、改めて自分たちの迎えてきた道を振り返り、ピア (同じ病気を体験した仲間) として闘病中の人たちを支えたいという思いが芽生えたようであった。当日の発表では、第3回目の様子を中心に、前2回を踏まえてどのような運営上の工夫を行ったかなど、具体的な取り組みについてご紹介したい。

O-5-13

救急入院患者の担当医師振り分けに関する当院での取り組み

松江赤十字病院 副院長¹⁾、看護部長²⁾、事務部長³⁾、院長⁴⁾

○磯和 理貴¹⁾、瀬島 斉¹⁾、大居 慎治¹⁾、原 徳子²⁾、
米山 隆³⁾、秦 公平⁴⁾

地方の医師不足を背景に地域医療の崩壊が叫ばれるようになって久しい。地方の中核病院は地域の救急医療を担う使命があるが、救急専門医は全国的にも不足している状況にある。また臓器別診療が進んできたことにより、不明熱や複数の診療科にまたがる患者、誤嚥性肺炎や尿路感染症などを繰り返す高齢患者の救急入院に際して、診療科間での押し付け合いが起こっていることもすでに指摘されている。当院でもこうした問題に対処するために2007年6月から内科系医師が中心になって、診療科が決めのくい患者 (以下「救急入院患者」と称する) の入院を輪番制で担当してきた。2009年4月からは呼吸器内科医師不足を背景に誤嚥性肺炎も対象に加え、2010年2月から、輪番で担当した医師には一定のインセンティブを支給することにした。2013年6月からは救急専従医師の退職を契機に外科系医師にも拡大し、尿路感染症、蘇生後脳症、急性薬物中毒なども対象に加えた。院長、副院長などで「ホットライン医師」当番を作り、「救急入院患者」に相当するかどうかは「ホットライン医師」が、平日の日勤帯ではその都度救急外来から相談を受けて判断し、夜間や休日の入院患者は明けた平日の朝に判断している。こうした「救急入院患者」の件数は2013年6月から2017年3月まで約2500件 (同一患者の複数回入院をそれぞれ1件とカウントしており延べ件数となる。) あり、当院の救急入院患者の約14%にあたる。この制度により救急外来での押し付け合いはあまりみられなくなったが、安易に「救急入院患者」と判定することにより、本来の専門診療科の介入が遅れることも懸念される。こうした当院での取り組みを紹介することにより、救急専従医師が不在もしくは不足している他病院との議論を深めたい。

O-5-15

A救命救急センターにおけるDoor to Balloon短縮への取り組み

高知赤十字病院 看護部

○尾谷 智加¹⁾、丁野 美智²⁾

【目的】 A救命救急センターを受診したAMI患者のDoor to Balloon time (：以下DtB) を短縮する。【方法】 A救命救急センター外来は、ER看護師がトリアージもしくは救急車の入電対応からPCIの準備、介助を行い、診療は救急科か内科系当直医師から循環器科医師を呼び出す。2015年から専用記録用紙を作成しER看護師が主体となり、入電から再開までの経時記録を分析、各々の症例のどこに時間を費やしたのかを分析し、改善策を立案して実施した。部署内では結果のfeed backと共に、時間短縮の重要性を病棟会で繰り返し説明した。PCI決定後、血管造影室入室までに多数の人員が投入出来るようにリーダー、メンバーが自主的に協力出来るように関わった。また通常、DtBはnon STEMIは含めないが、患者の重症化の予防や予後を考えるとこの2つを分けて対応することは意味がなく、すべてのPCIを必要とする患者への対応を改善出来るように関わった。他職種との関連では、来院時に胸痛が軽減消失している症例、胸痛以外を主訴として来院した症例への対応が課題に挙がり循環器科と救急科の医師の話し合いの場でデータの提供、コンセンサス形成と周知に関わった。【成績】 2014年4月から2015年6月までのDtBは救急搬送、walk inを合わせて90分以内は40.4%であったが、2016年度は81.8%となった。non STEMIを含めると77.2%であった。またPCI決定からカテ室入室までの時間は平均45.6分から18.3分に短縮した。【結論】 専用記録用紙の活用と改善策の実施によりDtBを短縮させることが出来た。今後はこの活動を継続すると共に、non STEMI症例と胸痛以外の主訴で来院した患者の中からPCIを要する症例の早期発見と対応に注力し、重症化の予防を目指す。またこの結果の広報を通じ、Symptom to Balloonの短縮も図っていく。

O-5-12

当院における産科医療補償制度の現状

足利赤十字病院 小児科¹⁾、足利赤十字病院 産婦人科²⁾

○小林 靖明¹⁾、隅田 能雄²⁾

【目的と方法】 産科医療補償制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児と家族の経済的負担の補償ならびに脳性麻痺発症の原因分析と再発防止を目的に、わが国で初めての無過失補償制度として2009年1月に創設された。産科、小児科を有する総合病院である当院における本制度利用の現状につき報告する。

【結果】 本制度に関連した症例は7例あり、うち4例は当院産科での出生であった。4例のうち1例は母体胎盤機能不全のため緊急帝王切開で出生したが、残る3例は通常の経陰分娩であった。4例とも出生後のフォローならびに脳性麻痺の診断は他施設でおこなわれ、3例は1歳9か月、2歳8か月、4歳4か月でそれぞれ本制度の補償対象と認定されたが、1例は分娩とは関連のない児の先天性要因による脳性麻痺と判定され対象外となった。一方、7例のうち3例は他施設での出生例で、1例は新生児仮死のため近医産院より搬送され、2例は発達のフォローのため自宅近くの当院に紹介となった。いずれも身体障害1ないし2級の脳性麻痺児であり、2例は3歳と4歳時に本制度の認定を受けたが、1例は児の先天的要因のため対象外となった。

【考察】 当院のような地域の総合病院の多くは産科、小児科を有しており、それぞれの科で本制度に関与する機会が多いと考えられた。対象は身体障害1ないし2級相当の脳性麻痺児であるが、認定には分娩に関連した発症であることが必須であった。本制度の発足後8年が経過したが、分娩機関のみならず脳性麻痺児の保護者や本症に関与する医療者へのさらなる周知が必要と考えられた。

O-5-14

救急部設立後の報告と今後の展望

水戸赤十字病院 救急科

○こまつら勇た¹⁾、
小松原勇太、鈴木 俊繁

当院は大正12年に開設された一般病棟473床の第二次救急医療施設である。2017年4月より救急部が新たに設立されたため、設立後の活動を報告し今後の展望を検討する。現在救急部医師は2名で、主に日勤帯での救急隊からの救急搬送要請の受け入れをしている。全疾患の初療を救急部で行い、入院が必要と判断された場合、可能な限り救急部で入院の受け入れをして治療をしている。救急部で対応困難と判断された症例に対しては、当該科へ円滑な引継ぎをし、治療の継続が行われている。2名の救急部医師は日本外科学会に所属する外科医でもあり、急性腹症の緊急手術や緊急の内視鏡処置も救急部での対応が可能である。外科との連携も良好で、救急部2名での緊急手術対応が困難な際は、外科と連携して対応している。2017年4月から2017年5月11日までの約1か月半の間に救急部で施行された緊急手術の件数は6件で、予定手術は3件である。他科からの内視鏡依頼にも積極的に対応しており、上記期間内で演者が施行した消化管内視鏡件数は65件で、そのうち下部消化管内視鏡件数は32件であった。今後は救急部医師の増員を目指し、救急医療の知識・技術を高めながらよりよい医療を提供することを目指し、積極的に他の医療機関と連携して、地域医療に貢献したいと考えている。

O-5-16

脳卒中に限らず急変対応ができるSCUスタッフ育成への取り組み

武蔵野赤十字病院 看護部 SCU

○家崎由樹恵、小林 圭子

【背景】 SCU看護師には、専門領域である脳卒中疾患にとどまらず、急性期看護に必要な全身管理を行うための知識やスキルが求められる。呼吸や循環の急激な変化により重篤化する患者を見る中で状況を振り返る場がなく、看護師の多くは自身のアセスメントや医師への報告のタイミングに自信を持てていなかった。そこで、重篤化を未然に防ぐ事を目的に、SCUで過去に発生した脳卒中疾患以外の変化により重篤化した事例を振り返り思考過程やアセスメントを共有する事例検討会を開催しスタッフ育成に取り組んだので報告する。【方法】 期間は2016年10月～2017年3月。対象者はSCU看護師全員 (19名)。事例提供者はSCUで重篤化した事例を用いてその時の状況・思考・対応などを口頭発表した。事例検討会運営者は①参加者が当事者ならどう考えたか②事例提供者の思考過程のうち良いと思った点③同じ様な事例が起きたらどう考え対応したのかという視点でディスカッションを行った。取り組みの効果は看護師全員によるアンケート結果で評価した。振り返りやアンケートは無記名制とし個人情報保護に配慮した。【結果・考察】 計6回事例検討会を実施、SCU看護師の77%が参加した。アンケートでは「知識が増えた」「考え方や視野が広がった」「対策や報告方法が増えた」の回答が見られ、主観的ではあるが振り返りの効果が見える。更に、振り返りに共有した視点が別の事例で活用され重篤化を未然に防げたという発言も聞かれた。日々経験する事例から看護師が課題を主体的に見出し学びとして共有しようとする姿勢がみられるようになった。しかし、SCU看護師全員に実施ができず、事例提供者には発表準備などに負担がかかる為、より効率的・効果的な会の運営を検討していく事が今後の課題である。